

ARTIGO ORIGINAL

O modelo de remuneração e sua influência no resultado e na estratégia de expansão de hospitais cirúrgicos no Sul do país

The remuneration model and Its Influence on the result and on the expansion strategy of surgical hospitals in the South of the country

Flavio Mendes¹, Andrea Leite², Alberto José Niituma Ogata³

1. Graduando no Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EASP-FGV), São Paulo SP.
2. Doutoranda em saúde coletiva e atividade física pela Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília, Brasília DF.
3. Professor do Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade da EASP-FGV, São Paulo SP.

RESUMO

Introdução: Os sistemas de saúde no mundo inteiro vêm buscando alternativas para aperfeiçoar sua capacidade de financiamento e para se tornar mais eficientes. Há algum tempo, novos formatos de remuneração vêm sendo propostos e testados ao longo dos anos. Entre eles, medir desfechos, remunerar por performance, estabelecer indicadores ou até mesmo o pagamento distribuído per capita são algumas pautas presentes nos últimos anos em diversos lugares e instituições. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo central analisar a forma de remuneração escolhida por uma instituição de saúde privada brasileira e compreender sua capacidade de

apoiar a expansão de outras unidades hospitalares desse grupo. **Método:** Com o intuito de seguir com o objetivo, foi realizado estudo observacional descritivo transversal no período de junho de 2018 a novembro de 2021. **Resultados:** O perfil geral dos pacientes é composto por 80% do sexo feminino e idade média de 43,7 anos. A principal especialidade foi cirurgia plástica. O índice de utilização de UTI foi de 0,28%, sendo que o índice de infecção no hospital foi de 0,23% e um único óbito durante o período de observação. **Conclusão:** Em que pesem todos os desafios do sistema de saúde, pode-se considerar que o modelo de remuneração adotado pelas instituições tem papel fundamental no desenho e na dinâmica e eficiência dos seus fluxos e resultados. Os aspectos relacionados ao tema vêm sendo discutidos há alguns anos, entretanto, as limitações advindas da falta de padronização de dados, sejam públicos ou privados, ainda se interpõem como importante desafio e podem servir também como oportunidade para futuras pesquisas.

Palavras-chave: Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Financiamento dos sistemas de saúde. Centro cirúrgico hospitalar. Gastos em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Health systems around the world are looking for alternatives to improve their financing capacity and to become more efficient. For some time, new compensation formats have been proposed and tested over the years. Among them, measuring outcomes, remunerating for performance, establishing indicators or even the payment distributed per capita are some of the guidelines present in recent years in various places and institutions. **Objective:** The main objective of the present study is to analyze the form of remuneration chosen by a Brazilian private health institution and to understand its ability to support the expansion of other hospital units in this group. **Method:** In order to continue with the objective, a cross-sectional descriptive observational study was carried out in the period from July 2018 to November 2021. **Results:** The general profile of patients is composed of 80% female and an average age of 43.7 years. The main specialty was plastic surgery. The ICU utilization rate was 0.28%, the hospital infection rate was 0.23% and a single death during the observation period. **Conclusion:** In spite of all the challenges of the health system, it can be considered that the remuneration model adopted by the institutions plays a fundamental role in the design and dynamics and efficiency of their flows and results. Aspects related to the topic have been discussed for some years, however, the limitations arising from the lack of standardization of data, whether public or private, still stand as an important challenge and can also serve as an opportunity for future research.

Keywords: Quality indicators in health care. Financing of health systems. Hospital surgical center. Health spending.

INTRODUÇÃO

O financiamento, o planejamento e o acesso são pautas prioritárias na agenda do setor saúde no mundo todo. Nesse sentido, tecnologia e inovação, aliadas a boas práticas de qualidade e otimização de recursos, podem apoiar os gestores públicos e privados a aperfeiçoar o planejamento e, assim, poder promover financiamento adequado e aumentar o acesso da população assistida¹. Dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) divulgados em 2018 indicam que, em 2017, quase R\$ 28 bilhões dos gastos das operadoras médico-hospitalares do país com contas hospitalares e exames foram consumidos indevidamente por fraudes e desperdícios em procedimentos desnecessários².

Uma forma de remuneração que visa equacionar ou estimular a boa prática é o pagamento por performance. Estudos propõem penalidade para casos de infecção ou reinternação e atestam que esse formato de pagamento pode estimular o aperfeiçoamento dos processos e protocolos, resultando em melhoria no atendimento aos pacientes com foco cirúrgico³.

Por meio da criação de indicações de resolutividade ou de readmissão, em casos de serviços secundários ou terciários, é possível promover melhoria contínua do setor.

Os exemplos de sucesso têm demonstrado que o acompanhamento, com a devida atenção na coordenação e com o incentivo financeiro adequado, pode entregar redução de infecções e readmissões em pacientes com foco cirúrgico⁴.

Sem dúvida há uma série de oportunidades para adequar os custos e, com isso, ampliar o acesso de pessoas dentro do sistema. Sob esse olhar, entende-se que a forma de financiamento é um dos fatores em condições de apoiar essa jornada de controle do desperdício e melhoria da qualidade⁵.

O mercado atual não aceita mais somente profissionalização; os serviços precisam se preparar para concorrência global, oferecer serviços que ultrapassem barreiras replicáveis, exportáveis⁶.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo observacional transversal realizado em um hospital privado, cirúrgico, em Porto Alegre (RS) entre junho de 2018 e novembro de 2021, sendo os dados obtidos nos sistemas administrativos da instituição, de maneira anonimizada e cumprindo os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Foram analisadas variáveis sociodemográficas dos pacientes como idade e sexo e variáveis relativas à internação como procedimento hospitalar, indicador de uso de UTI, tempo médio de procedimento, dias de internação e indicador de mortalidade.

A codificação dos dados ocorreu por meio do programa Microsoft Excel 2010 e exportados para o software estatístico SAS 8.2, onde foram processadas as análises. Inicialmente procedeu-se a uma descrição das variáveis em estudo por grupo. As quantitativas foram expressas com as medidas média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo e as qualitativas, demonstradas com a frequência absoluta e relativa da amostra.

RESULTADOS

Entre os meses de junho de 2018 e novembro de 2021, foram realizadas 58.012 internações hospitalares (Figura 1). O planejamento se estendeu por três anos (2015-2018) e foi aplicado durante os anos seguintes (de 2019 até o presente momento). Com a formatação do projeto e a idealização do modelo de remuneração, a conexão e o teste de aderência demonstraram que a remuneração adotada pelo hospital poderia corroborar as premissas a serem abordadas nos resultados adiante. A unidade, inaugurada em março/2018, manteve inicialmente a maioria dos procedimentos em cirurgia plástica. Posteriormente, devido ao fato de o modelo de qualidade e previsibilidade estar alinhado aos incentivos dos financiadores do sistema de saúde, naturalmente as especialidades foram ampliadas.

Figura 1. Número de internações hospitalares realizadas, jun./18 a nov./21, Porto Alegre/RS.



Ficou evidenciado que, em 18,21%, foram realizados múltiplos procedimentos (ao menos dois), todos estéticos. Listaram-se 1.201 códigos de procedimentos realizados em todo o período histórico. Os mais executados, por ordem de frequências relativas, foram:

1. Lipoaspiração
2. Mamoplastia
3. Abdominoplastia
4. Mastopexia

O hospital com 13 salas cirúrgicas e 50 leitos, distribuídos entre UTI, quarto e repouso pós-anestésico. Dispõe ainda de estrutura de serviço de imagem e atua com corpo clínico aberto.

O projeto inicial do hospital seguiu algumas premissas:

- Foco no combate ao desperdício – estudos já estimaram que cerca de 30% dos gastos são desperdiçados na saúde suplementar⁷. Estabelecer critérios e políticas que não pactuem com desperdício fizeram parte do projeto desde sua concepção. O modelo de remuneração corroborou as premissas do projeto.
- Atuar com previsibilidade – em um mercado onde os financiadores e os reguladores estão totalmente desconectados, fez-se necessário promover práticas de políticas sustentáveis.
- Eficiência e informação – com sistema de custos simples e visando ao desenho de rotatividade das salas e não dos leitos.
- Construir uma relação saudável com pacientes, familiares, médicos e operadoras, encantamento com inovação e cuidado em todos os detalhes.
- Diligência com os recursos, política de governança e atuar com atenção com os recursos financeiros também estiveram sempre atrelados ao formato de negócio do grupo.
- Elevada atenção para qualidade e segurança – tudo isso conectado com a entrega de uma experiência incrível aos seus clientes.

O sistema de remuneração adotado pelo hospital não seguiu fielmente nenhum outro já existente, pois o entendimento foi que nenhum entregaria a simplicidade e a praticidade exigidas para o escopo do projeto. Dessa forma, a estruturação se deu como resultado da experiência da própria instituição, fundada nas premissas da previsibilidade, compartilhamento de risco, privilegiando a boa prática e combatendo o desperdício. O modelo construído foi precificado em *bundles* por procedimentos, levando-se em conta tempos cirúrgicos com protocolos de boas práticas de cada especialidade. Isso, por um lado, entrega previsibilidade e controle de custos aos financiadores.

No entanto, foi pensado para oferecer garantia pós-cirúrgica em eventos relacionados a infecção de sítio cirúrgico, ou seja, engaja e estreita a parceria de todos os envolvidos no processo, incluindo equipes médicas e assistenciais. Essas duas variáveis, simples, entregam previsibilidade, e interagem diretamente com qualidade e segurança, pois garantem o tratamento adequado e a previsibilidade desejada a todos os envolvidos no processo.

Neste modelo, todos os custos envolvidos no processo estão incluídos, materiais, medicamentos, mesmo os que de alto custo (pois estes estão no compartilhamento de risco), taxas, equipamentos, gases, enfim, todas as despesas, exceto honorários médicos uma vez que para estratégia o corpo clínico é aberto. Com relação ao compartilhamento de risco, este atua de forma a comunicar e estreitar a relação de parceria e segurança, com corpo clínico e financiadores, tornando o modelo equilibrado, do ponto de vista adequado a utilização dos recursos e práticas.

O perfil geral dos pacientes é composto por 80% do sexo feminino e idade média de 43.7 anos, o que se equipara às especialidades e ao perfil dos frequentadores da instituição. A principal especialidade é cirurgia plástica, sobre a qual pesquisas publicadas no site da SBCP - Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica atestam que, apesar de os homens estarem cada vez mais interessados nos procedimentos estéticos, as mulheres ainda são a maioria, representando mais de 82%; e têm se submetido cada vez mais cedo às cirurgias^{8, 9}.

Em relação aos indicadores de utilização de UTI e infecção hospitalar, o índice de utilização de UTI foi de 0,28% em 161 internações hospitalares. Quanto ao índice de infecção hospitalar, constatou-se que ficou em 0,23%. Em todo o período foi registrado um único caso de óbito no hospital.

Os dados da população estão alinhados com os estudos apresentados em 2019 pelo IBGE, em que as mulheres já representavam 52,2% (109,4 milhões) da população residente no Brasil, além de serem maioria entre a população idosa (56,7%)¹⁰. Em Porto Alegre as mulheres representam 51,6% da população, portanto, dentro da média nacional, o que demonstra a pesquisa¹¹.

A Tabela 1, apresenta a média e o desvio-padrão dos dias de permanência hospitalar por procedimento. Os 54 procedimentos contemplam todas as especialidades analisadas, o que sugere não haver nenhuma especificidade no estudo para determinado procedimento. Ou seja, os processos e fluxos do hospital são únicos, seguem padrão de otimização de recursos e buscam eficiência, corroborando o modelo de remuneração e podendo contribuir para redução do tempo médio de permanência e de outros indicadores assistenciais. O tipo de remuneração apoia a gestão e fortalece a busca por melhoria contínua, tendo inclusive colaborado para a pavimentação dos processos e certificações do hospital, fato que culminou nos selos de qualidade conquistados em 2021, pela ISO 9001, JCI – *Joint Commission International* e Certificação em cirurgia bariátrica e metabólica – *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)*. A jornada de acreditação proporciona melhoria contínua às instituições e foca em ações

intersectoriais de modo a conduzir os processos e seus fluxos e contribuir para conciliar interesses de todos os envolvidos¹².

Observar quais indicadores podem contribuir para a eficiência dos sistemas de saúde possibilita encontrar métricas e bases comparáveis a fim de impulsionar as formas de remuneração dos sistemas de saúde e torná-las apoiadores da gestão, seja na prática assistencial ou na busca por excelência administrativa, gerencial ou clínica^{13,14}

Tabela 1. Média e desvio-padrão dos dias de permanência hospitalar dos pacientes por procedimento.

Descrição do procedimento	Hospital		
	n	Média	DP
Biópsia hepática por laparotomia (até três fragmentos)	10	0,9	1,3
Enxerto de pele (homoenxerto, inclusive)	4	0,3	0,5
Alopecia parcial – exérese e sutura	310	0,2	0,4
Cisto sacro-coccígeo – tratamento com foco cirúrgico	10	0,3	0,5
Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	10	0,5	0,5
Neurectomia pré-sacral ou do nervo gênio-femoral	1345	0,1	0,4
Tratamento microcom foco cirúrgico das neuropatias compressivas (tumoral, inflamatório etc.)	68	0,1	0,3
Túnel do carpo – descompressão – procedimento videoartroscópico de punho e túnel do carpo	103	0,2	0,4
Septoplastia (qualquer técnica sem vídeo)	185	0,2	0,4
Sinusectomia maxilar – via endonasal	14	0,4	0,6
Rinoplastia reparadora	1097	0,3	0,5
Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo	20	2,2	7
Fraturas alveolares – fixação com aparelho e contenção	54	0,4	0,5

Reconstrução parcial da mandíbula com enxerto ósseo	4	0,3	0,5
Ptose palpebral – correção cirúrgica – unilateral	936	0,3	0,6
Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas	3	0,3	0,6
Varizes – tratamento com foco cirúrgico de dois membros	404	0,4	1,7
Varizes – tratamento com foco cirúrgico de um membro	43	0,4	0,5
Refluxo gastroesofágico – tratamento com foco cirúrgico (hérnia de hiato)	26	0,7	0,5
Fistulectomia anal em dois tempos	6	0,2	0,4
Excisão de plicoma	48	0,4	0,8
Prolapso retal – esclerose (por sessão)	4	1	0
Colecistectomia com colangiografia por videolaparoscopia	114	0,7	0,5
Herniorrafia incisional	6	1,3	2,3
Herniorrafia inguinal – unilateral	18	0,6	0,5
Herniorrafia umbilical	22	0,6	0,7
Herniorrafia inguinal – unilateral por videolaparoscopia	10	0,8	0,4
Diástase dos retos-abdominais – tratamento com foco cirúrgico	308	0,6	0,6
Ruptura do manguito rotador – procedimento videoartroscópico de ombro	562	0,5	0,6
Reparação ligamentar do carpo	22	0,4	0,5
Fratura e/ou luxações (incluindo descolamento epifisário) – redução incruenta	12	0,6	0,5
Fratura (incluindo descolamento epifisário) – tratamento com foco cirúrgico	16	0,5	0,5
Fraturas de falanges ou metacarpianos – tratamento com foco cirúrgico com fixação	15	0,5	0,5
Reparação ligamentar do carpo	30	0,3	0,8

Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras)	11	0,5	0,5
Hérnia de disco tóraco-lombar – tratamento com foco cirúrgico	78	0,6	0,5
Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	5	1	0
Fraturas / pseudartroses / artroses ao nível do tornozelo com fixador externo dinâmico – tratamento com foco cirúrgico	11	0,8	0,4
Fraturas e/ou luxações ao nível do joelho – tratamento com foco cirúrgico	5	0,8	0,4
Hallux valgus (um pé) – tratamento com foco cirúrgico	16	0,2	0,4
Lesões agudas e/ou luxações de meniscos (1 ou ambos) – tratamento com foco cirúrgico	260	0,4	0,7
Meniscectomia – um menisco – procedimento videoartroscópico de joelho	828	0,4	0,8
Lesões intrínsecas de joelho (lesões condrais, osteocondrite dissecante, plica patológica, corpos livres, artrofitose) – tratamento com foco cirúrgico	4	0	0
Ressecção de cisto sinovial	4	0	0
Retirada de fios ou pinos metálicos transósseos	25	0,3	0,5
Tenólise no túnel osteofibroso	95	0,4	1,2
Miorrafias	13	0,8	0,4
Rotura do tendão de Aquiles – tratamento com foco cirúrgico	23	0,4	0,5
Osteomielite de coluna – tratamento com foco cirúrgico	3	0,3	0,6
Colo vesical – ressecção endoscópica	12	0,9	0,8
Incontinência urinária com colpoplastia anterior – tratamento com foco cirúrgico (com ou sem uso de prótese)	37	0,9	0,5
Meatoplastia (retalho cutâneo)	14	0,1	0,4
Ressecção endoscópica da próstata	20	1,2	0,5
Epididimovasoplastia unilateral	2	0	0

Orquiectomia unilateral	8	1	0,9
Hidrocele unilateral – correção cirúrgica	15	1	0,7
Varicocele unilateral – correção cirúrgica	11	0,4	0,5
Vasectomia unilateral	1	1	
Amputação parcial	4	0,5	0,6
Doença de Peyronie – tratamento com foco cirúrgico	136	0,3	0,5
Postectomia	27	0,1	0,3
Colpoplastia posterior com perineorrafia	8	1,3	0,7
Traquelectomia – amputação, conização – (com ou sem cirurgia de alta frequência / CAF)	266	0,2	0,5
Histerectomia total – qualquer via	10	0,7	0,7
Histerectomia subtotal com ou sem anexectomia, uni ou bilateral – qualquer via	21	0,9	0,6
Histerectomia subtotal laparoscópica com ou sem anexectomia, uni ou bilateral – via alta	13	1	0
Histeroscopia com ressectoscópio para miomectomia, polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinequias	61	0,2	0,6
Ooforectomia uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral	7	0,4	0,5
Colpoplastia anterior	3	1,7	1,2
Hipertrofia dos pequenos lábios correção cirúrgica	5	0,4	0,5
Incontinência urinária – sling vaginal ou abdominal	11	1,2	0,8
Correção cirúrgica da assimetria mamária	4107	0,2	0,5
Ginecomastia – unilateral	104	0,3	0,6
Curetagem uterina pós-parto	3	0	0
Retirada de corpo estranho da parede torácica	13	0,4	0,5
Traquelectomia – amputação, conização – (com ou sem cirurgia de alta frequência / CAF)	3	1	0
TU partes moles – exérese	1	0	

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O modelo de remuneração desafia o sistema de saúde e o inverso é verdadeiro – essas sempre foram pautas dicotômicas. Avaliar o quanto um influencia o outro, sem dúvida, pode apoiar inúmeros trabalhos e construir novas perspectivas para gestores e sociedade.

Sustentado em um tipo de remuneração que se propôs a construir uma engenharia reversa em toda a operação hospitalar, este modelo de negócio foi pensado para entregar previsibilidade participando do risco, comprometendo-se com a qualidade e a segurança em níveis de excelência, com tecnologia oferecendo uma experiência consistente a médicos, pacientes, familiares e, por fim, com custos possíveis aos financiadores.

O modelo estudado tem potencial para contribuir ao se conectar com outros integrantes dentro do ecossistema de saúde complementar em rede de atendimento integrada, construindo níveis de governança e interoperabilidade e promovendo sustentabilidade para a cadeia de valor. Tem condições de iniciar processos de remuneração por performance sob a perspectiva do *Value Based Health Care (VBHC)* e de colaborar de maneira relevante com o sistema de saúde complementar.

A interoperabilidade ainda requer padronizações e investimentos, entretanto, essa temática será importante para pavimentar o futuro da saúde no mundo. Outra perspectiva para novos desafios seria o acompanhamento da jornada dos pacientes pós-alta com recursos integrados a sistemas *devices*. A medida possibilitaria ampliar a escala do monitoramento e, conseqüentemente, abrir novos horizontes para desenho de modelos apoiados em valor.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Não podemos desconsiderar que alguns *outliers* podem ter relação com questões relacionadas a fatores ambientais, socioeconômicos da população ou ainda tratamento, limitações provenientes da própria metodologia com relação a utilização e uso de dados secundários. Precisando reconhecer que estudos observacionais não é possível controlar variáveis ditas confundidoras ou vieses. Estas limitações vão entrar em todos os estudos observacionais, principalmente com uso de dados secundários.

REFERÊNCIAS

1. Mohammad S. Alyahya, Heba H. Hijazi, Hussam A. Alshraideh & Amjad D. Al-Nasser (2017) Using decision trees to explore the association between the length of stay and potentially avoidable readmissions: A retrospective cohort study. *Informatics for Health and Social Care*. 2017; 42(4): 361-377, <https://doi.org/10.1080/17538157.2016.1269105>.
2. Alves AB. Saúde suplementar: a busca pela redução do desperdício. *Correio Braziliense* [Internet]. Maio 2021 [citado em 14 de maio de 2021]. <https://www.correio braziliense.com.br/opinia o/2021/05/4924383-artigo-----saude-suplementar-a-busca-pela-reducao-do-desperdicio.html>. Acesso em: 03 de jan. 2022.
3. Kim KM, White JS, Max W, Chapman SA, Muench U. Avaliação de Resultados Clínicos e Econômicos Após a Implementação de um Programa de Pagamento por Desempenho do Medicare para Procedimentos Cirúrgicos. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2121115. <https://doi.org/10.1001/jamannetworkopen.2021.21115>
4. Maclean C, Titmuss M, Lee, J, *et al*. The Clinical, Operational, and Financial Components of a Successful Bundled Payment Program for Lower Extremity Total Joint Replacement. *NEJM Catalyst*. 2021; 2(10). <https://doi.org/10.1056/CAT.21.0240>
5. OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde – O Caminho para a cobertura universal. 2010.
6. Vasconcellos e Sá, J. Winds of Change: The Future has Arrived at the Health Sector. *Medicina Interna*. Publicação Trimestral. 23(2), abr/jun 2016.
7. Gandra, Alana. Entidade estima que 30% dos gastos em saúde privada são desperdícios. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 2017. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-06/entidade-estima-que-30-dos-gastos-em-saude-privada-sao-desperdicios>, Acesso em: 02 março 2021.
8. SBCP. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. De acordo com a ISAPS, Brasil lidera ranking de cirurgias plásticas no mundo. Junho, 2014. Disponível em <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/2014/07/29/de-acordo-com-a-isaps-brasil-lidera-ranking-de-cirurgias-plasticas-no-mundo/>. Acessado em 18 de janeiro 2022.
9. Honorato, Thainan. Cerca de 90 mil jovens brasileiros recorrem à cirurgia plástica influenciados pela mídia, diz especialista. Junho, 2018. Disponível em <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/2018/06/07/brasil-lidera-ranking-de-cirurgia-plastica-entre-jovens/>. Acessado em 18 de janeiro 2022.
10. Gandra, Alana. IBGE: mulheres somavam 52,2% da população no Brasil em 2019. Dados são da Pesquisa Nacional de Saúde divulgada hoje pelo instituto. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 2021. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/ibge-mulheres->

[somavam-522-da-populacao-no-brasil-em-2019](#), Acesso em: 20 março 2021.

11. GZH. Jornal digital GZH. Porto Alegre é a cidade com maior número proporcional de mulheres no Estado. <https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2010/11/porto-alegre-e-a-cidade-com-maior-numero-proporcional-de-mulheres-no-estado-3124951.html>, Acesso em: 20 março 2021.
12. Siman AG, Cunha SGS, Amaro MOF, *et al.* Implicações da acreditação para a gestão do serviço hospitalar. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017; 7. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1480>.
13. Schwartzman DA, Sheetz KH, Fendrick AM. Refining the Recipe for Alternative Payment Models for Surgical Care - Importance of Patient Mix and Venue Match. JAMA Netw Open. 2021;4(9):e2128258. <https://doi.org/0.1001/jamanetworkopen.2021.28258>
14. Chernew ME, Heath JAB. How Different Payment Models Support (or Undermine) a Sustainable Health Care System: Rating the Underlying Incentives and Building a Better Model. NEJM Catalyst is produced. 1(1). 2020. <https://doi.org/10.1056/CAT.19.1084>

Recebido: 17 de maio de 2022. **Aceito:** 26 de junho de 2022

Correspondência: Alberto José Niituma Ogata. **E-mail:** albertoogata@gmail.com

Conflito de Interesses: o autor declarara não haver conflito de interesses

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited